

## Aviso para enviar el Formulario de cancelación de inscripción

<DATE>  
<FIRST NAME LAST NAME>  
<ADDRESS LINE 1>  
<ADDRESS LINE 2>

Estimado(a) <Name of Member>:

Adjunto encontrará el formulario de cancelación de inscripción que solicitó. Lea las instrucciones importantes de esta carta sobre la solicitud de cancelación de la inscripción de <plan name>.

### ¿Cuándo puedo hacer cambios a mi cobertura?

Usted puede cambiar de planes de salud únicamente en ciertas fechas del año. Desde el 15 de octubre al 7 de diciembre, usted puede ingresar, cambiar o cancelar un plan de salud o de medicamentos de Medicare para el siguiente año. Además, del 1 de enero al 31 de marzo, cualquier persona inscrita en un plan Medicare Advantage (salvo en un plan MSA) puede cambiar de planes o regresar a Original Medicare (e ingresar a un plan independiente de medicamentos con receta de Medicare). Generalmente, usted no puede hacer cambios en otras fechas salvo en ciertas situaciones, como si se muda del área del servicio de su plan, si quiere ingresar a un plan en su área con una calificación de 5 estrellas o si califica para recibir (o pierde) la ayuda adicional para pagar los costos de medicamentos con receta.

### ¿Qué es ayuda adicional?

Las personas con ingresos limitados pueden calificar para recibir ayuda adicional para pagar sus costos de medicamentos con receta. Si usted califica, Medicare podría pagar el 75 % o más de los costos de sus medicamentos que incluyen las primas mensuales de medicamentos con receta, los deducibles anuales y el coaseguro. Adicionalmente, quienes califiquen no tendrán un período sin cobertura ni tendrán una multa por inscripción tardía. Muchas personas califican para obtener estos ahorros y ni siquiera lo saben. Para obtener más información sobre esta ayuda adicional, llame a su oficina local del Seguro Social o al Seguro Social al 1-800-772-1213. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800325-0778. También puede solicitar ayuda adicional en línea ingresando a [www.socialsecurity.gov/prescriptionhelp](http://www.socialsecurity.gov/prescriptionhelp).

### ¿Cuándo debo llenar el formulario de solicitud de cancelación de inscripción?

- **Debe** llenar el formulario adjunto si solo desea cambiarse a Original Medicare y no desea la cobertura de medicamentos con receta de Medicare.

- **No debe** llenar el formulario adjunto si planea inscribirse o ya se ha inscrito en otro plan Medicare Advantage u otro plan de salud de Medicare. Inscribirse en otro plan de Medicare cancelará automáticamente su inscripción a nuestro plan.
- **No debe** llenar el formulario adjunto si se inscribe en un plan de medicamentos con receta de Medicare. Al inscribirse en un plan de medicamentos con receta de Medicare se cancelará automáticamente su inscripción en <plan name> y regresará al plan Original Medicare.

Hasta la fecha de cancelación de inscripción, debe seguir consultando a los médicos de <plan name>. Para evitar gastos imprevistos, puede comunicarse con nosotros para confirmar que hayan cancelado su inscripción antes de buscar servicios médicos fuera de la red de <plan name>.

### ¿Cómo debo presentar la solicitud de cancelación de inscripción?

Si desea Original Medicare, como se describe anteriormente, puede llenar el formulario adjunto, firmarlo y enviarlo de vuelta en el sobre adjunto. También puede enviarnos el formulario por fax con su firma y fecha legibles al 1-210-766-8854. Puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) para obtener más información sobre los planes de Medicare que hay en su área. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048, las 24 horas del día, los siete días de la semana.

### ¿Cuáles son mis derechos de Medigap?

Si usted se cambiará al Plan Original Medicare, podría tener un derecho temporal especial para comprar una póliza de Medigap, también conocida como seguro complementario de Medicare, aunque tenga problemas de salud. Por ejemplo, si tiene 65 años o más y se inscribió en la Parte B de Medicare en los últimos 6 meses, o si se mudó fuera del área de servicio del plan, es posible que tenga este derecho especial. Las leyes federales requieren las protecciones descritas anteriormente. **Es posible que su Estado tenga leyes que provean más protección Medigap.** Si usted tiene alguna pregunta acerca de Medigap o de los derechos de Medigap en su Estado, debe comunicarse con el Programa de **Asistencia sobre Seguros de Salud del Estado de Texas** (SHIP, en inglés) llamando al 1-800-252-9240. También puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) en cualquier momento, las 24 horas del día, los siete días de la semana, para obtener más información sobre los períodos de prueba. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

## FORMULARIO DE CANCELACIÓN DE INSCRIPCIÓN

Si solicita que se cancele su inscripción, debe continuar recibiendo toda la atención médica de <plan name> hasta la fecha de vigencia de la cancelación de inscripción. Llámenos para verificar la cancelación de su inscripción antes de buscar servicios médicos fuera de la red de <plan name>. Le notificaremos su fecha de vigencia después de que recibamos este formulario.

Apellido: Primer nombre:    Inicial del segundo nombre:		<input type="checkbox"/> Sr. <input type="checkbox"/> Sra. <input type="checkbox"/> Srita.
Número de Medicare:		
Fecha de nacimiento:	Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Número de teléfono de casa: (    )

**Lea cuidadosamente y complete la siguiente información antes de firmar y escribir la fecha en este formulario de cancelación de inscripción:**

Si me he inscrito en otro plan Medicare Advantage o Plan de medicamentos con receta de Medicare, entiendo que Medicare cancelará mi membresía actual en <MA plan name> en la fecha de vigencia de esa nueva inscripción. Entiendo que es posible que en este momento no pueda inscribirme en otro plan. También entiendo que si estoy cancelando la inscripción de mi cobertura de medicamentos con receta de Medicare y deseo obtener, en el futuro, dicha cobertura, tendré que pagar una prima más alta para esta cobertura.

**Su firma\*:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

\*O la firma de la persona autorizada para actuar en su nombre bajo las leyes del Estado en donde vive. Si firmó una persona autorizada (como se describe arriba), la firma certifica que: 1) esta persona está autorizada bajo la ley del Estado para hacer esta cancelación de inscripción y 2) la documentación de esta autoridad está disponible a solicitud de <plan name> o de Medicare.

Si usted es el representante autorizado, debe proporcionar la siguiente información:

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Relación con la persona inscrita: \_\_\_\_\_

**Generalmente, puede cancelar la inscripción en un plan Medicare Advantage solo durante el período de inscripción anual, del 15 de octubre al 7 de diciembre de cada año, o durante el Período de inscripción abierta de Medicare Advantage, del 1 de enero al 31 de marzo de cada año. Existen excepciones para que usted pueda cancelar su inscripción en un plan de Medicare Advantage fuera de este período.**

Lea las siguientes declaraciones cuidadosamente y marque la casilla si dicha declaración se aplica a usted. Al marcar cualquiera de las siguientes casillas usted está certificando que, a su leal saber y entender, es elegible para obtener un Período de elección.

- Recientemente hice un cambio en mi Medicaid (obtuve Medicaid recientemente, hice un cambio en el nivel de asistencia de Medicaid, o perdí Medicaid) el (escriba la fecha) \_\_\_\_\_.
- Recientemente hice un cambio para pagar la ayuda adicional de mi cobertura de medicamentos con receta de Medicare (obtuve ayuda adicional recientemente, hice un cambio en el nivel de ayuda adicional, o perdí la ayuda adicional) el (escriba la fecha) \_\_\_\_\_.
- Si tengo Medicare y Medicaid o mi estado ayuda a pagar mis primas de Medicare o recibo ayuda adicional para pagar la cobertura de medicamentos con receta de Medicare, pero no he hecho un cambio.
- Recibo ayuda adicional para pagar la cobertura de medicamentos con receta de Medicare.
- Ya no califico para recibir ayuda adicional para pagar mis medicamentos con receta de Medicare. Dejé de recibir ayuda adicional el (escriba la fecha) \_\_\_\_\_.
- Me estoy mudando, vivo en, o recientemente he dejado de vivir en una institución de cuidado a largo plazo, (por ejemplo, un asilo de ancianos o centro de cuidado a largo plazo). Me mudé/me mudaré/dejaré de vivir en dicha institución el (escriba la fecha) \_\_\_\_\_.
- Estoy ingresando en un programa PACE el (escriba la fecha) \_\_\_\_\_.
- Estoy ingresando a la cobertura del empleador o sindicato el (escriba la fecha) \_\_\_\_\_.
- Estuve inscrito en un plan que Medicare (o mi estado) me ofreció y quiero elegir un plan diferente. Mi inscripción en ese plan inició el (escriba la fecha) \_\_\_\_\_.

Llámenos al 1-844-282-3026. Los usuarios de TTY deben llamar al 711. El horario de atención de Servicios para Miembros es los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local, del 1 de octubre al 31 de marzo; y de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local, del 1 abril al 30 de septiembre.

Gracias.